

Das zählt in Deutschlands Gesundheitssystem – Koordination und Zusammenarbeit

Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2017



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Erwartungen in die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens sind sehr hoch – wir meinen zurecht! Patientinnen und Patienten benötigen im Krankheitsfall die Gewissheit, das medizinisch Notwendige zu erhalten. Gesetzlich Versicherte haben zugleich ein Recht auf den wirtschaftlichen Umgang mit ihren Beitragsgeldern und auf eine moderne Infrastruktur ihrer Kasse mit motivierten, hilfsbereiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Das Gesundheitswesen steht dabei vor großen Herausforderungen: Die medizinische Versorgung muss auf einen stetig steigenden Anteil älterer Menschen ausgerichtet werden. Was muss passieren, um das Gesundheitssystem noch stärker an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu orientieren und die Qualität der Versorgung bestmöglich zu gewährleisten? Wie kann die rasante Entwicklung technischer und medizinischer Innovationen für die Versorgung der gesetzlich Versicherten genutzt werden?

Das deutsche Gesundheitssystem ist gut aufgestellt, es bietet eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau. Dennoch weist es bedeutende strukturelle Defizite auf: Dazu gehört eine verbesserungswürdige Abstimmung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich. Zugleich fehlen passende Rahmenbedingungen für eine reibungslose Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht ärztlichen Heilberufen sowie sonstigen Gesundheitsberufen. Beides führt für Patientinnen und Patienten zu Einbußen bei der Qualität der medizinischen Versorgung und mindert die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems.

Für die kommenden vier Jahre sollte der Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Gesetzgebung deshalb auf der Stärkung von Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen liegen. Unser Ziel muss es sein, Veränderungen der Strukturen und Prozesse im Gesundheitssystem herbeizuführen, um die Versorgung für die Patientinnen und Patienten entscheidend zu verbessern. Die BARMER unterbreitet in ihren „Gesundheitspolitischen Positionen zur Bundestagswahl 2017“ dazu eine Reihe von Vorschlägen. Im Vordergrund steht dabei, dass die Versorgung sektorenübergreifend organisiert wird und die Chancen von Digitalisierung und Telemedizin genutzt werden.

Berlin, April 2017



Bernd Heinemann
Vorsitzender des Verwaltungsrates
der BARMER



Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der
BARMER

Das zählt in Deutschlands Gesundheitssystem

Gut zusammenarbeiten

Eine gute medizinische Versorgung kann gelingen, wenn Arztpraxen und Krankenhäuser Hand in Hand zusammenarbeiten. Es braucht offene Grenzen zwischen den Versorgungssektoren, damit die Patientenversorgung optimal abgestimmt ist. Denn die Behandlung endet nicht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Chancen der Digitalisierung nutzen

Modernste Technik hilft beim Gesundwerden. Sie spart Patientinnen und Patienten lange Wege und Wartezeit, beschleunigt Diagnosen und Behandlungen. Die Technik muss sicher sein, wie auch der Umgang mit den Daten, die Menschen für die Behandlung zur Verfügung stellen. Wichtig ist die Vereinbarung einheitlicher technischer Standards, damit Ärztinnen und Ärzte mit Versicherten schnell und reibungslos kommunizieren können. Digitalisierung ist eine Chance, die verantwortungsvoll genutzt werden muss.

Gute Medizin transparent machen

Diagnosen sind die persönlichste Information über Versicherte, die das Gesundheitswesen besitzt und sie bestimmen über deren gesundheitliche Versorgung. Daher müssen sie richtig und vollständig sein. Die Einführung klarer Vorgaben bei der Kodierung von Diagnosen in Form von ambulanten Kodierrichtlinien ist dafür notwendig.

Vom Krankenhaus um die Ecke zum Krankenhaus der besten Qualität

Routine und Erfahrung im Krankenhaus retten Leben. Deshalb sollten seltene und schwere Erkrankungen künftig in Kompetenzzentren behandelt werden. Also dort, wo die besten Spezialisten mit größtem Wissen über die Erkrankung arbeiten.

Investitionsstau bei Krankenhäusern auflösen

Krankenhäuser beklagen einen Rückstau an Investitionen. Doch die Bundesländer, die dafür verantwortlich sind, zahlen seit langem nicht ausreichend. Deshalb sollte die Bundesregierung einmalig aushelfen und aus dem Bundeshaushalt ein Sonderhilfsprogramm für Krankenhaus-Investitionen finanzieren.

Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen

Der Finanzausgleich zwischen den Kassen soll einen fairen Wettbewerb ermöglichen. Doch genau das ist nicht gewährleistet. Bundesweite und regionale Kassen müssen gleich behandelt werden. Dafür müssen regionale Angebots- und Kostenstrukturen berücksichtigt werden.

Soziale Selbstverwaltung als Fundament guter Gesundheitsversorgung

Die Krankenkassen tragen große Verantwortung für eine gute medizinische Versorgung von über 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland. Eine starke Selbstverwaltung mit einer ehrenamtlichen Vertretung schafft Nähe zu den Versicherten und kennt deren Anliegen. Deshalb sollten die Selbstverwaltung und die Freiräume für ein eigenverantwortliches Handeln der Kassen gestärkt werden.

Pflege braucht eine verlässliche Basis

Die Menschen in Deutschland werden immer älter, und immer öfter brauchen sie Pflege. Damit das Niveau der Pflege mit der allgemeinen Entwicklung im Land mithalten kann, muss es feste Regeln dafür geben, wie sich die Leistungen der Pflegekassen in der Zukunft erhöhen.

Stärkere Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Versorgung sektorübergreifend gestalten

Ein wesentliches Strukturdefizit des deutschen Gesundheitssystems besteht in der diskontinuierlichen Versorgung an den Grenzen der Sektoren. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Versuche unternommen, diese Grenzen zu öffnen. Doch die Einführung einer Vielzahl nicht aufeinander abgestimmter Regelungen hat nicht zur Lösung des grundlegenden Problems geführt: Weiterhin bestehen in den Sektoren völlig unterschiedliche Regelungsrahmen. Anstatt die Versorgung systemweit zu optimieren, werden weiterhin nur partikulare, den Sektorlogiken folgende Einzelmaßnahmen verfolgt.

Notwendig ist eine sektorübergreifende und am Patientennutzen ausgerichtete Versorgung. Wo nötig, muss der Gesetzgeber dafür in den kommenden Jahren die Weichen stellen.

Sektorübergreifende Versorgungsplanung für den ambulanten und stationären Bereich

Bislang wird die Versorgungsplanung sektoral getrennt durchgeführt: Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt die ambulante Bedarfsplanung, für die Krankenhausplanung sind die Bundesländer zuständig. Es droht Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen, wohingegen in Ballungsgebieten erhebliche Überversorgung herrscht. Der Bedarf an medizinischen Leistungen muss deshalb in Zukunft sektorübergreifend geplant werden. Besonders für Leistungen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus könnten durch eine abgestimmte Versorgungsplanung erhebliche Verbesserungen im Sinne der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Die gemeinsame Planung sollte verantwortlich durch Vertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen bestimmt werden.

Gleiches Geld für gleiche Leistung

Die Vergütung im ambulanten Bereich erfolgt in der Regel auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes im Rahmen des Budgets der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Eine Reihe von Leistungen wird auch außerhalb des KV-Budgets finanziert. Im Krankenhaus erfolgt die Finanzierung innerhalb des DRG-Systems. Damit werden medizinische Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, in unterschiedlicher Höhe vergütet. Um Fehlanreize der sektorbezogenen Vergütung zu vermeiden, empfiehlt sich eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme. Im Schnittstellenbereich zwischen fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung sollten dazu indikationsbezogene Behandlungspauschalen entwickelt werden. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte würden dabei (in einem neuen) Einheitlichen Bewertungsmaßstab eine gleichvergütete Abrechnungsmöglichkeit erhalten. Bedingung dafür ist eine entsprechende Bereinigung vor allem des Krankenhausbudgets und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Vernetzung der Leistungserbringer durch Regionale Versorgungsverbünde

Interdisziplinäres, professionenübergreifendes Arbeiten muss der Leitgedanke in der Versorgung sein. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten sollten sich Leistungserbringer deshalb in Regionalen Versorgungsverbünden zusammenschließen. Als Ergebnis einer abgestimmten Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung sowie auf Basis verbindlicher Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können Regionale Versorgungsverbünde durch die enge Kooperation von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten mit Krankenhäusern entstehen. Die Kommunikation im Versorgungsverbund wird dabei etwa durch die Nutzung geeigneter Instrumente wie der Telematikinfrastruktur, der elektronischen Gesundheitskarte und des Medikationsplans verbessert.

Notfallversorgung sektorübergreifend organisieren

Die Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser steigen kontinuierlich an, obwohl viele Patientinnen und Patienten auch im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten. Grund dafür ist die unklare Aufgabenteilung von ambulanter Notfallversorgung, Rettungsdienst und Notaufnahme im Krankenhaus.

Erforderlich ist eine Neustrukturierung der Notfallbehandlung an den Krankenhäusern. Es muss zunächst sichergestellt werden, dass tatsächlich ein Notfall vorliegt. Je nach Behandlungsbedarf sollen die Patientinnen und Patienten daraufhin angemessen behandelt werden, bei niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten, in der Portalpraxis oder in der Notaufnahme des Krankenhauses. Die grundsätzlich an allen Krankenhäusern einzurichtenden Portalpraxen dienen dabei als „funktionale Einheit“, in der Niedergelassene und Krankenhausärzte gemeinsam die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit (Triage) durchführen.

Perspektivisch muss die Notfallversorgung sektorübergreifend organisiert werden, um die unterschiedlichen Bedarfe besser aufeinander abzustimmen.

Sektorübergreifende Qualitätssicherung auf den Weg bringen

Qualitätssicherung darf nicht getrennt nach Sektoren erfolgen. Denn für Patientinnen und Patienten ist die Qualität der medizinischen Behandlung besonders im Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich wichtig. Die gesetzlichen Grundlagen für eine sektorübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sind bereits gelegt. Für ihre zügige Umsetzung müssen geeignete Rahmenbedingungen und wirtschaftliche Strukturen geschaffen werden. Dazu gehört die rasche Gründung einer Landesarbeitsgemeinschaft pro Bundesland, die perspektivisch als Anlaufstelle auch für die sektorspezifische Qualitätssicherung zuständig sein soll.

Versorgung

Digitale Vernetzung intensivieren

Die Digitalisierung ist längst im Alltag der Menschen angekommen und aus den meisten Lebensbereichen nicht mehr wegzudenken. Besonders das mobile Internet hat die Art der Kommunikation, den Zugang zu Informationen und den Umgang mit persönlichen Daten erheblich verändert. Die Beteiligten im Gesundheitswesen müssen die Chancen der Digitalisierung etwa für die Verbesserung der Diagnostik und Therapie in der Medizin nutzen und die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen schaffen. Dabei ist es wichtig, dass der Schutz der Daten gewährleistet wird und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten gewahrt bleibt.



Telematikinfrastuktur als alleinige Plattform stärken

Die flächendeckende Telematikinfrastuktur bildet die Grundlage für ein vernetztes und digitales Gesundheitswesen. Sie muss als alleinige Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen gestärkt werden, um Parallelstrukturen zu verhindern. Entscheidend dafür ist ihr zügiger bundesweiter und sektorübergreifender Ausbau. Erforderlich ist die Öffnung der Telematikinfrastuktur für digitale Anwendungen inklusive der elektronischen Patientenakte auf der Grundlage einheitlicher Standards. So können diagnostisch und therapeutisch relevante Informationen sowohl für Ärztinnen und Ärzte, als auch für Versicherte einen zusätzlichen Nutzen stiften. Die Anwendungen müssen schnell, sicher und funktional sein.

Prozess zur Kategorisierung, Zulassung und Erstattung von digitalen Anwendungen schaffen

Digitale Gesundheitsanwendungen gehen mittlerweile weit über den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hinaus. Zunehmend werden Anwendungen entwickelt, die diagnostische oder therapeutische Leistungen erbringen und damit eine Ergänzung zur klassischen Versorgung darstellen.

Versorgung

Digitale Anwendungen können bereits heute – außerhalb der Regelversorgung – von den Krankenkassen individuell angeboten und finanziert werden. Um bewährte digitale Versorgungsanwendungen auch in die Regelversorgung überführen und damit allen gesetzlich Versicherten zugänglich machen zu können, bedarf es geeigneter Verfahren zur Kategorisierung, Zulassung und Erstattung digitaler Anwendungen.

Elektronische Patientenakte in die Versorgung bringen

Für eine effiziente sektorübergreifende Versorgung ist die elektronische Patientenakte eine wichtige Voraussetzung. Sie ermöglicht den behandelnden Ärztinnen und Ärzten einen direkten und schnellen Zugriff auf wichtige medizinische Daten der Patientin oder des Patienten. In vielen regionalen Versorgungsnetzen gibt es bereits heute technische Lösungen für eine elektronische Patientenakte. Sie ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn sie flächendeckend und systemübergreifend genutzt werden kann. Um die Interoperabilität der verschiedenen Systeme zu gewährleisten, ist ein einheitlicher Standard notwendig.

Die grundsätzliche Entscheidung zur Nutzung der Daten ist allein der Patientin oder dem Patienten vorbehalten. Das bedeutet, dass allein sie oder er entscheidet, wer Zugriff auf die vertraulichen Daten erhält und in welchem Umfang.

Lockerung des Fernbehandlungsverbots zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung

In Zukunft wird der Telemedizin eine noch wichtigere Rolle in der Versorgung zukommen. Es war daher richtig, die ersten telemedizinischen Anwendungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufzunehmen und damit in die Regelversorgung zu bringen. Es müssen nun zügig weitere Abrechnungsziffern folgen.

Telemedizin darf nicht an die Stelle einer möglichst flächendeckenden Versorgung treten. Aber für die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung bietet die Telemedizin ein großes Potenzial. Um dieses Potenzial für die Versicherten nutzbar zu machen, sollte es kein generelles Verbot für Behandlungen ohne vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt geben.

Qualität und Effizienz für eine gute Versorgung

Flächendeckende ambulante Versorgung erhalten

Noch nie waren so viele Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig wie heute, sie sind jedoch regional sehr ungleich verteilt. So entstehen Über-, Unter- und Fehlversorgung, die eine regional gleichmäßige, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung der Bevölkerung behindern.

Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung

In überversorgten Regionen sollte der Gesetzgeber die Nachbesetzung freiwerdender Arztsitze grundsätzlich ausschließen. Als Anreiz für die Niederlassung in schlechter versorgten Regionen müssen Ärztinnen und Ärzte gezielte Unterstützung für eine strukturierte Weiterbildung erhalten. Im Rahmen dieser Weiterbildung werden sie individuell durch Mentoren beraten. Sie sollten dabei die Möglichkeit erhalten, ihre Weiterbildung in Praxen durchzuführen, die sich sektorübergreifend vernetzen. Ebenso sollten für medizinisch-wissenschaftliche Block-Weiterbildungen die Möglichkeiten nahegelegener Universitätskliniken genutzt werden.

Durch einen weiteren Ausbau der Delegation und gegebenenfalls der Substitution ärztlicher Leistungen wäre eine Entlastung der Medizinerinnen und Mediziner möglich. Für eine gezielte Steuerung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sollen Vergütungszuschläge in von Unterversorgung bedrohten Regionen oder Vergütungsabschläge in überversorgten Regionen angewandt werden.

Die Kommunen sollten in die Lage versetzt werden, durch Verbesserungen in der Infrastruktur Anreize für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, sich auch außerhalb von Ballungsgebieten niederzulassen.

In dünn besiedelten Regionen können zudem telemedizinische Anwendungen einen wertvollen Beitrag zur Patientenversorgung leisten. Eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots ist wünschenswert, um Ärztinnen und Ärzten in geeigneten Fällen die Diagnosestellung und die Verordnung von Medikamenten per Videosprechstunde zu ermöglichen.

Stärkere Patientenorientierung durch Förderung von regionalen Versorgungsnetzen

Eine wohnortnahe Versorgung besonders von älteren und chronisch kranken Patientinnen und Patienten erfordert eine stärkere Koordination der medizinischen Angebote als bisher. Arztnetze sind etabliert, sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung. Ihre Arbeit muss jedoch auch stärker auf Interdisziplinarität und Kooperation ausgerichtet werden. Um mehr Patientenorientierung und Qualität in der Versorgung zu gewährleisten, sollten sich Leistungserbringer stärker als bisher in regionalen Versorgungsnetzen zusammenschließen. Darin kann ein Versorgungsmanagement etabliert werden. Diagnostik und Therapie werden dabei interdisziplinär und unter Einbeziehung sowohl ärztlicher als auch nichtärztlicher Heilberufe und sonstiger Gesundheitsfachberufe erbracht. Eine lückenlose Dokumentation der Befunde und des Behandlungsverlaufs können in Versorgungsnetzen besser geleistet werden.

Versorgung

Versorgungsnetze benötigen hohe Anfangsinvestitionen, um sie elektronisch zu vernetzen und das Arbeiten in einer gemeinsamen Patientenakte zu ermöglichen. Der Bund unterstützt die Bildung von Versorgungsnetzen, indem er mit einem mehrjährigen Sonderinvestitionsprogramm „Digitale Netze“ zur Finanzierung beiträgt.

Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien im vertragsärztlichen Bereich

Mit Einführung des diagnosegestützten Systems zur Morbiditätsmessung erfolgt seit 2009 im vertragsärztlichen Bereich eine jährliche Anpassung der Vergütung an die Morbidität. Zeitgleich wurde auch der Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf eine morbiditätsorientierte Basis umgestellt. Die per ICD-10-GM kodierten Diagnosen erhielten in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zur Bestimmung der Morbidität. Damit ist die korrekte und einheitliche Verschlüsselung der behandelten Krankheiten durch die Ärztin oder den Arzt eine unverzichtbare Grundlage einer validen Morbiditätsmessung sowie eines funktionierenden fairen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einführung klarer Vorgaben bei der Kodierung von Diagnosen in Form von Kodierrichtlinien ist dafür notwendig.

Mehr Qualität in die stationäre Versorgung bringen

Deutschland hat zu viele Krankenhäuser. Darunter leiden Qualität und Wirtschaftlichkeit. Zentralisierung und Spezialisierung von Kliniken führen zu besserer Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dazu ist ein leistungsfähiger Rettungsdienst unabdingbar. Obwohl jedes Krankenhaus die Qualität seiner Leistungen zu sichern hat, ist die medizinische Versorgung in deutschen Kliniken durch ein enormes Qualitätsgefälle geprägt. Notwendig ist deshalb mehr Qualitätsorientierung: Wo und in welchem Umfang stationäre Leistungen erbracht werden, darüber muss zukünftig die Qualität der medizinischen Versorgung entscheiden. Ebenso muss es selbstverständlich sein, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Qualitätsvorgaben regelmäßig und verbindlich nachweisen.

Wenn das „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ schlechte Qualität attestiert, muss eine Schließung von Abteilungen oder ganzen Krankenhäusern eine mögliche Konsequenz sein.

Steigerung der Qualität der Versorgung durch Zentren- und Schwerpunktbildung

Die Qualität der Leistungserbringung hängt bei bestimmten Krankheitsbildern nachweislich von Routine und Erfahrung ab. Aus diesem Grund sollten gerade seltene und schwere Erkrankungen an ausgewählten Standorten konzentriert werden. Die Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Eingriffe ist für die Patientensicherheit sinnvoll und erhöht die Qualität der medizinischen Versorgung. Weniger Todesfälle und Komplikationen bei planbaren Operationen sind das Ergebnis.

Vor diesem Hintergrund sollte die Zentrenbildung etwa durch entsprechende Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert werden. Kompetenzzentren könnten – beispielsweise im Bereich der Onkologie oder der Rheumatologie – auch sektorübergreifend eine stärkere Koordination der Versorgung übernehmen. Wichtige Kriterien für Zentren nach dem Krankenhausstrukturgesetz sind dabei zum Beispiel die Durchfüh-

Versorgung

rung von klinischen Studien, das Erproben neuer sektorübergreifender Behandlungskonzepte und die Teilnahme und Pflege von krankheitsspezifischen bundesweiten Registern zur Schaffung von Transparenz, Struktur und Nachhaltigkeit.

Mindestmengen sichern Strukturqualität

Um die Qualität der Leistungserbringung in den Krankenhäusern sicherzustellen, sind klare bundesweite Vorgaben zur Definition der räumlichen Strukturen des Versorgungsbedarfes und der Qualitätskriterien notwendig. Leistungen im Krankenhaus sollten auf dieser Basis Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Maximal- und Spezialversorgung) verbindlich zugeordnet werden, damit sie ausschließlich in entsprechend qualifizierten Krankenhäusern erbracht werden.

Für eine bessere Versorgung, die sich am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert, bedarf es Routine und Erfahrung. Vorgeschriebene Mindestmengen für Eingriffe in Krankenhäusern sorgen dafür, dass genug Erfahrung und Kompetenz für eine Behandlung vorhanden sind. So müssen für operative Eingriffe auch Richtgrößen pro Operateur auf Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Krankenhäuser, die Leistungen erbringen, ohne die festgelegte Mindestmenge zu erreichen, dürfen in Zukunft keine Vergütung mehr erhalten. Ausnahmen von Mindestmengen müssen nach bundeseinheitlichen Vorgaben auf ein Minimum beschränkt werden.

Bis eine flächendeckende, sektorübergreifende Qualitätssicherung durchgesetzt ist, sollten abteilungsbezogene Mindestvoraussetzungen zur Sicherstellung der Strukturqualität vorgegeben werden. Damit wird ein zielgerichteter Einsatz der Mittel der GKV für Krankenhausinvestitionen gewährleistet.

Qualitätsverträge ausweiten: Mehr Möglichkeiten für Direktverträge der Kassen mit Krankenhäusern

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, zeitlich befristete Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern zu

erproben. Um stärkeren Einfluss auf die Versorgung nehmen zu können, benötigen die Kassen einen verbindlichen rechtlichen Rahmen, damit sie individuelle Vereinbarungen von Krankenhausleistungen, bei gleichzeitiger Lockerung des Kontrahierungszwangs, eingehen können. So könnten etwa Verträge, die eine verbindliche Einhaltung von medizinischen Behandlungsleitlinien vorsehen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung deutlich verbessern.



Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung verbindlich machen

Eine konsequente Qualitätsorientierung in der Krankenhausversorgung ist bereits bei der Zulassung von Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung

Versorgung

notwendig. Stärker als bisher muss sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses danach ausrichten. Damit Vorgaben und Ergebnisse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität flächendeckend angewendet werden, sollten die Länder verpflichtet werden, die Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses in ihre Krankenhausplanung aufzunehmen. Zudem ist es erforderlich, die Einhaltung der Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses kontinuierlich in den Krankenhäusern zu überprüfen.

Neuordnung der Aufgaben der Länder in der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung

Investitionsstau bei Krankenhäusern auflösen

Die Krankenhäuser haben gegenüber den Bundesländern Anspruch auf Finanzierung ihrer Investitionskosten. Dennoch kommen die Länder dieser Verpflichtung seit Langem nicht mehr in ausreichender Höhe nach. So liegt die durchschnittliche Investitionsquote der Bundesländer nur noch bei 3,5 Prozent.

Damit das Investitionsdefizit nicht noch stärker anwächst und notwendige Investitionen nicht weiter durch die von den Krankenkassen gezahlten Betriebsmittel refinanziert werden, sollte der Bund in Vorleistung treten und kurzfristig ein „Sonderfinanzierungsprogramm leistungsfähige Krankenhäuser“ auflegen. Das Investitionsprogramm wird aus Mitteln des Bundeshaushalts finanziert.

Damit die Länder ihrer Investitionsverpflichtung zukünftig stärker nachkommen, wird den Ländern eine gesetzlich bindende Investitionsquote als Untergrenze vorgegeben.

Krankenkassen in die Krankenhausplanung stärker einbeziehen

Um die Versorgungsstrukturen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor besser aufeinander abzustimmen, muss die Planung perspektivisch sektorübergreifend erfolgen.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollten die Krankenkassen künftig an allen Bereichen der Krankenhausplanung beteiligt werden. Einen ersten Schritt dazu hat der Gesetzgeber bereits mit der Einführung des Strukturfonds gemacht. Durch die Mitentscheidung bei der Auswahl von Strukturfonds-Vorhaben können die Krankenkassen die landesspezifische Versorgung und deren Weiterentwicklung aktiv mitgestalten. Diese Möglichkeit sollte auch auf den Bereich der regulären Krankenhausplanung ausgeweitet werden.

Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung gewährleisten

Ziel des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes war, die rasant steigenden Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen, dabei sollte der Zugang zu innovativen Medikamenten sichergestellt werden. Die Regelungen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes haben sich bewährt; weiterhin ist der Gesetzgeber aber gefordert, die richtige Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit in der Arzneimittelversorgung zu schaffen.

Kosten-Nutzen-Bewertung für versorgungsrelevante Arzneimittel wirksam machen

Die frühe Nutzenbewertung mit anschließender Preisverhandlung zwischen pharmazeutischem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband hat sich mittlerweile etabliert, der zweite Schritt, eine regelhafte Kosten-Nutzen-Bewertung nach Erfahrungen im Einsatz der neuen Arzneimittel, jedoch nicht.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung wird nach den geltenden Regelungen nur auf Antrag des Herstellers eines Arzneimittels durchgeführt und auch nur dann, wenn die Preisverhandlungen gescheitert sind. Aus diesem Grunde wurde seit 2007 erst eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt. Deshalb ist es notwendig, die Einschränkungen für die Kosten-Nutzen-Bewertung aufzuheben und diese bei besonders versorgungsrelevanten Arzneimitteln, welche einen bestimmten GKV-Jahresumsatz überschreiten (zum Beispiel 80 Millionen Euro), regelhaft einzuführen.

Innovative Arzneimittel in einem kontrollierten Umfeld einsetzen

Die steigende Anzahl an neuen Arzneimitteln mit teilweise völlig neuen Wirkansätzen erweitert auf der einen Seite die therapeutischen Möglichkeiten für viele Erkrankungen (insbesondere im Bereich der Onkologie), auf der anderen Seite wachsen aber auch die Herausforderungen für die Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit diesen Arzneimitteln. Daher sollte die Möglichkeit einer gesetzlichen Regelung geprüft werden, um den Einsatz dieser innovativen Arzneimittel auf ein kontrolliertes Umfeld in Zentren oder in Schwerpunktpraxen zu beschränken. Entscheidend für die Auswahl teilnehmender Versorger sind die Kompetenz, die Fallzahl sowie die Einhaltung von Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ziel einer solchen Regelung ist die Stärkung der Arzneimittelsicherheit durch die Etablierung höherer Qualitätsstandards beim Einsatz innovativer Arzneimittel.

Konsequenter Einsatz von Biosimilars stärken

Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (Biologicals) erweitern die Therapiemöglichkeiten und die Behandlungsalternativen in der Arzneimittelversorgung. Biosimilars als Nachahmerpräparate der hochpreisigen Biologicals können bei vergleichbar hoher Versorgungsqualität Wettbewerb im Arzneimittelmarkt schaffen und dadurch Kosten einsparen.

Die Einführung von Verordnungsquoten für die Verschreibung von Biosimilars kann dazu beitragen, ihren Markteintritt zu erleichtern. Festbeträge und Rabattverträge sollten grundsätzlich auch bei Biosimilars Anwendung finden.

Versandhandel als sinnvolle Ergänzung der Arzneimittelversorgung

Der Versandhandel mit Arzneimitteln kann einen wichtigen Beitrag zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen leisten, von dem auch die Bürgerinnen und Bürger profitieren. Der Versandhandel – auch mit verschreibungspflichtigen Medikamenten – ist eine sinnvolle Ergänzung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung. International ist diese Form der Versorgung längst Realität. Gerade für ältere chronisch Kranke in ländlichen Regionen würde der regelmäßige Versand wichtiger Arzneimittel nach Hause eine große Erleichterung sein. Grundsätzlich ist eine qualifizierte Beratung und Hilfestellung für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder sonstigen Beeinträchtigungen in der Fläche erforderlich.

Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Prävention und Gesundheitsförderung auf mehr Schultern verteilen

Prävention und Gesundheitsförderung haben durch das Präventionsgesetz eine starke Aufwertung erhalten. Sie müssen künftig jedoch stärker als gesamtgesellschaftliche ressortübergreifende Querschnittsaufgabe verstanden werden.

Keine Verschiebung finanzieller Lasten auf die Solidargemeinschaft

Der Anteil von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung an der Finanzierung der Gesamtausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung wurde mit dem Präventionsgesetz stark ausgeweitet. Der mit dem Gesetz eingeleitete Paradigmenwechsel von der Verhaltens- auf die Verhältnisprävention ermöglicht, dass vulnerable Zielgruppen besser erreicht werden können.

Die Finanzierung von Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderung sollte in Zukunft nicht nur von den Kranken- und Pflegekassen getragen werden, vielmehr müssen alle Beteiligten finanzielle Verantwortung übernehmen. Dazu zählen die Sozialversicherungsträger (gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung), die private Krankenversicherung, der Bund, die Länder und die Kommunen.

Gestaltungsräume der Krankenkassen müssen erhalten bleiben

Prävention und Gesundheitsförderung leben von der Kreativität und dem Engagement der Beteiligten. Restriktive Regelungen wie beispielsweise die Vorgabe von festen Finanzierungsanteilen in bestimmten Bereichen helfen dabei nicht weiter. Die Krankenkassen benötigen Gestaltungsräume, um im Qualitätswettbewerb geeignete Angebote entwickeln zu können.

Qualitätssicherungsmaßnahmen stärker in Unternehmen und im betriebsärztlichen Bereich etablieren

Unternehmen müssen die Betriebliche Gesundheitsförderung als wesentlichen Teil ihrer eigenen Organisationsentwicklung begreifen: Gesunde, motivierte und qualifizierte Beschäftigte sind für Unternehmen ein Schlüsselfaktor im Wettbewerb. Arbeitgeber sollten bei der Umsetzung von Maßnahmen in die finanzielle und gestalterische Verantwortung genommen werden. Als Anreiz zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für ihre Beschäftigten wäre eine stärkere steuerliche Förderung sinnvoll.

Nachhaltigkeit und Transparenz in der Pflege

Pflegeversicherung langfristig finanzierbar halten

Das Umlageverfahren in der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung hat sich zur Absicherung des Pflegerisikos bewährt. Mit den Pflegestärkungsgesetzen der 18. Legislaturperiode wurden die Leistungen mehrstufig ausgebaut. Zur langfristigen Sicherung des Versorgungsniveaus müssen die Leistungsbeträge der sozialen Pflegeversicherung in einem institutionalisierten Verfahren dynamisiert werden.

Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung stärken – regelgebundene Dynamisierung der Leistungen sichern

Die Pflegeleistungen haben seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung an Realwert verloren. Sie decken in vielen Bereichen weniger als 50 Prozent der Gesamtpflegekosten ab. Um die Akzeptanz des Teilkostensystems Pflege insgesamt zu erhalten, muss ein weiterer Wertverlust vermieden werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten daher künftig regelgebunden an eine gesamtwirtschaftliche Kenngröße gekoppelt dynamisiert werden.

Länder bei der Pflegeausbildung in die Pflicht nehmen

Die Pflegeausbildungen zur Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege sollten zusammengeführt werden. Eine damit einhergehende Abschaffung des Schulgeldes und eine bessere Ausbildungshonorierung können die Attraktivität der Ausbildung erhöhen. Dies wäre in Zeiten des Fachkräftemangels in der Pflege sehr zu begrüßen, ist jedoch mit enormen finanziellen Mehrbelastungen verbunden.

Quersubventionierungen staatlicher Aufgaben durch die Sozialversicherungsträger müssen vermieden werden. Die Länder dürfen sich nicht ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung entziehen und sollten die Kosten der schulischen Ausbildung der reformierten Pflegeausbildung vollständig tragen.

Qualität der Pflege- und Betreuungsstrukturen sichern

Valide Informationen über die Qualität von Pflegeangeboten sind wesentlich für die Akzeptanz und die Zukunft der Pflegeversicherung. Die Sicherung und Darstellung von Qualitätsaspekten muss in der Pflege einen größeren Stellenwert erhalten.

Entlastungsangebote für pflegende Angehörige ausbauen

Die familiäre und selbstorganisierte Pflege ist das Fundament der Pflege in Deutschland. Daher müssen die Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und private Helferinnen und Helfer qualitativ ausgebaut werden. Ergänzungen der Pflege- und Betreuungsangebote bedarf es vor allem im Bereich der nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangebote im Alltag, der stationären Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege für Kinder und Jugendliche.

Pflegenoten geordnet umsetzen

Die Weiterentwicklung der Pflegenoten muss an den Kriterien Transparenz und Qualitätssicherung ausgerichtet sein. Nach der Überarbeitung der Pflegenoten muss für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ein differenziertes Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtungen möglich werden. Dazu gehört, dass schlechte Versorgungsqualität in den Kernbereichen der Pflege künftig deutlicher sichtbar wird.

Kein Aufbau von Doppelstrukturen in der Pflegeberatung

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes die Einrichtung von Modellkommunen beschlossen mit dem Ziel einer besseren Verzahnung der Aufgaben von sozialer Pflegeversicherung, Ländern und Kommunen. Die Ausweitung der kommunalen Aufgaben in der Pflegeberatung darf nicht zu Doppelstrukturen führen. Deshalb ist eine Evaluation der Modellkommunen sinnvoll.

Pflegestützpunkte sollen die Beratung der Pflegekassen unterstützen und werden durch gemeinsames Handeln von Kommunen und Kassen getragen. Ein Auftrag des Gesetzgebers für eine regelmäßige Evaluation der Angebote und Ergebnisse ist auch für Pflegestützpunkte nötig. Vor der Gründung neuer Pflegestützpunkte sollten Länder und Kommunen zukünftig gemeinsam mit den Pflegekassen die konkreten Pflegebedarfe in den Regionen analysieren und passgenaue Angebote erarbeiten.

Die ab 2018 geplanten Qualitätsvorgaben in der Pflegeberatung müssen von allen Akteuren verpflichtend umgesetzt werden.

Selbstverwaltung stärken

Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung sichern

Das Prinzip der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen basiert auf dem Vertrauen in die Fähigkeit zur Selbstorganisation und Selbstkontrolle der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzgeber muss der Selbstverwaltung zur Erfüllung ihrer Aufgaben die notwendigen Spielräume erhalten.

Autonomie der Entscheidungen der Selbstverwaltung wahren

In ihrer Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts besitzen die Träger der Sozialversicherung das Recht zur Selbstverwaltung. Der Gesetzgeber hat ihnen weitgehende Eigenverantwortlichkeit in der Erfüllung ihrer Aufgaben eingeräumt und die Satzungs- und Haushaltsautonomie übertragen. Damit die gesetzlichen Krankenkassen ihren Aufgaben in verantwortlicher Weise nachkommen können, muss es bei den ihnen bewusst eröffneten Handlungsspielräumen ebenso bleiben wie bei der Fortgeltung des Grundsatzes der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht.

Keine Fachaufsicht durch die Hintertür

Aufgrund des den Krankenkassen gesetzlich zustehenden Selbstverwaltungsrechts ist es ihnen vorbehalten, insbesondere die Zweckmäßigkeit und Angemessenheit geplanter Maßnahmen selbst zu beurteilen. Bestrebungen des Gesetzgebers, den Beurteilungsspielraum der Krankenkassen zu Gunsten einer Ausweitung der Befugnisse der Aufsichtsbehörden einzuschränken, beinhalten den schleichenden Übergang von der Rechts- zur Fachaufsicht und konterkarieren das Selbstverwaltungsprinzip.

Akzeptanz der Selbstverwaltung erhöhen

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen lebt vom ehrenamtlichen Engagement. Für dieses Engagement muss geworben werden: bei den gesetzlich Versicherten, die Einblick in die Arbeit der Selbstverwaltung erhalten sollen wie bei den ehrenamtlich Tätigen, die Motivation für ihre vielfältigen Aufgaben benötigen.

Um das Bewusstsein in der Bevölkerung für die Bedeutung der Selbstverwaltung und der Sozialwahlen zu erhöhen, sollte darüber breiter informiert werden. So könnte das Thema auch einen Platz in den Lehrplänen der Schulen einnehmen.

Urwahlen verpflichtend machen

In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht das Prinzip der Selbstverwaltung. Alle sechs Jahre haben die Mitglieder einer Krankenkasse die Möglichkeit, ihre Versichertenvertretung zu wählen. Sie nehmen damit Einfluss auf die Zusammensetzung des Verwaltungsrates ihrer Krankenkasse, der die Grundzüge der Kassenpolitik bestimmt. Der Verwaltungsrat stellt als zentrales Organ der Selbstverwaltung eine verantwortliche und legitimierte Vertretung der Versicherten und Beitragszahler dar. Er ist originärer Ansprechpartner für die Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte als Patientinnen und Patienten.

Soziale Selbstverwaltung

Um die Akzeptanz der Sozialwahlen in der Bevölkerung zu erhöhen, sollen grundsätzlich Urwahlen durchgeführt werden. Urwahlen garantieren echte Auswahl und motivieren, sich an den Sozialwahlen zu beteiligen. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht nur formale Wahlhandlungen stattfinden, weil nur so viele Personen benannt werden, wie Positionen zu besetzen sind.

Eine Herabsetzung der Unterschriftenquoten ist kein geeignetes Mittel zur Förderung von Urwahlen. Es besteht dabei die Gefahr, dass Organisationen teilnehmen, die nicht die Gewähr dafür bieten, langfristig Bestand zu haben und das notwendige sozial- oder berufspolitische Engagement erfüllen zu können.

Das Ehrenamt attraktiver gestalten

Die ehrenamtliche Selbstverwaltung garantiert eine versichertenennahe, leistungsfähige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Selbstverwaltung in den gesetzlichen Krankenkassen benötigt Gestaltungsfreiräume: Dazu gehören etwa die Beitragssatzautonomie, die Beachtung des Prinzips der Rechtsaufsicht sowie Freiräume bei der Auswahl der hauptamtlichen Vorstände. Das Ehrenamt in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte attraktiver gemacht werden, beispielsweise in dem es steuerrechtlich mit anderen Ehrenämtern gleichgestellt wird. Zudem müssen die Sozialwahlen modernisiert werden, dazu gehört beispielsweise die Einführung von Online-Wahlen.

MDK-Gemeinschaft stärken

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) muss seine gesetzliche Aufgabe als unabhängiger Sachverständiger bundeseinheitlich in hoher Qualität und unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ausüben. Der Medizinische Dienst muss auch in Zukunft in der Trägerschaft der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung bleiben, die Begutachtung und Beratung gehört nicht in privatwirtschaftliche Hände.

Übergreifende Aufgaben der aus MDK und MDS bestehenden Gemeinschaft, wie eine bundeseinheitliche Branchensoftware, einheitliche Geschäftsprozesse oder vergleichbare Transparenzberichte, müssen von den Beteiligten weiterentwickelt werden. Dabei müssen die Medizinischen Dienste der Krankenkassen flexibel und koordiniert auf die strukturellen Veränderungen und Konzentrationen in der Kassenlandschaft reagieren.

Verlässliche Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung



Finanzierung zukunftssicher machen

Der medizinische Fortschritt, die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und die Einführung von Innovationen in den Versorgungsalltag führen zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Die gesetzliche Krankenversicherung benötigt eine stabile Finanzierungsgrundlage, damit sie ihrem Anspruch an einen hohen Versorgungsstandard trotz begrenzter Ressourcen gerecht werden kann.

Verlässlichkeit der Erstattung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln

Die gesetzliche Krankenversicherung erhält zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen einen jährlichen Bundeszuschuss aus Steuergeldern. Er dient der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für diesen Bereich. Bei der Umsetzung ihres Versorgungsauftrags benötigen die gesetzlichen Krankenkassen Planungssicherheit. Dazu gehören eine Verstetigung und eine verlässliche Finanzierung des gesetzlich fixierten Bundeszuschusses.

Solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsbeitrags

Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen werden nach der derzeitigen Finanzierungssystematik allein durch zusätzliche Beiträge der Versicherten getragen. Damit entfernt sich das System immer weiter vom solidarischen Modell der Parität. Die Versichertenvertreterinnen und die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat der BARMER fordern die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der GKV durch Versicherte und Arbeitgeber, um den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken.*

*Diese Position wird von den Arbeitgebervertreterinnen und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat der BARMER nicht mitgetragen.

Faire Wettbewerbsbedingungen – Morbi-RSA weiterentwickeln

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das wichtigste Steuerungsinstrument im Finanzverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen und als „lernendes System“ angelegt. In seiner derzeitigen Ausgestaltung führt er zu deutlichen Verwerfungen innerhalb des Systems. Es bedarf daher einer Weiterentwicklung des Finanzausgleichs zwischen den Kassen auf der Grundlage der folgenden Reformschritte:

Berücksichtigung einer Versorgungsstrukturkomponente

Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen werden bundeseinheitlich über den Morbi-RSA ermittelt und richten sich nach den Durchschnittskosten für ganz Deutschland. Dabei werden die erheblichen regionalen Unterschiede der Kosten- und Versorgungsstrukturen nicht angemessen berücksichtigt. Dauerhafte und durch die Kassen nicht beeinflussbare strukturbedingte Ausgabenunterschiede müssen durch die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente ausgeglichen werden.

Hochrisikopool einführen

Derzeit decken die Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte mit extrem hohen Krankheitskosten die entstehenden Ausgaben bei Weitem nicht ab. Deshalb sollten die Kosten für Patientinnen und Patienten, die an besonders seltenen und teuren Krankheiten leiden, durch einen Hochrisikopool zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.

Neuregelung bei Auslandsversicherten

Da die Krankenkassen für Versicherte im Ausland in der Regel keine Diagnosen erhalten, gibt es für diese keine krankheitsbedingten Zuweisungen, sondern pauschale Zuweisungen, die sich am inländischen Kostenniveau orientieren. Die derzeitige Regelung, wonach die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die insgesamt für die gesetzliche Krankenversicherung entstandenen Kosten durch Auslandsversicherte begrenzt werden, hebt die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen nicht vollständig auf. Um die zwischen den Wohnländern stark schwankenden Ausgaben für Auslandsversicherte zu berücksichtigen, sollten die Zuweisungen für Auslandsversicherte deshalb auf der Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen erfolgen.

Direkte Morbiditätsmessung verbessern

Bis zur Einführung des Morbi-RSA waren Hilfsvariablen wie der Erhalt einer Erwerbsminderungsrente wichtige Bezugsgrößen für den Krankenkassenfinanzausgleich. Mit der direkten Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs seit dem Jahr 2009 sind Verfahren der indirekten Morbiditätsorientierung durch Hilfsvariablen hinfällig geworden. Da die Morbidität eines Versicherten bereits über die hierarchisierten

Finanzierung

Morbiditätsgruppen abgebildet ist, erübrigt es sich, den Erwerbsminderungsstatus zu berücksichtigen. Hilfsgrößen zur Ermittlung von Zuweisungen sollten daher nicht mehr verwendet werden.

Änderung der Berechnungsmethode bei der Krankheitsauswahl

Durch den Gesetzgeber ist festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt 50 bis 80 Krankheiten auswählt, für die gesonderte Zuschläge erfolgen. Durch die derzeit angewandte Rechenmethode verteilt der Morbi-RSA vermehrt Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Deshalb bedarf es einer Umstellung der Prävalenzgewichtung.

Zuweisungen an validierte Informationen binden

Die Zuweisungen sollten an validierte Informationen im ambulant-vertragsärztlichen Bereich geknüpft werden. Diese beinhalten sowohl Diagnosen (ICD-10-GM) als auch medizinische (diagnostische und therapeutische) Interventionen analog zum Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Klassifikation) bei den DRGs. Die Validierung sollte mithilfe eines weiter entwickelten Abrechnungssystems für ambulante Behandlungen, Prozeduren und Operationen erfolgen, mit denen die jeweilige Diagnose in Einklang stehen muss.

Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA

Für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist eine regelmäßige wissenschaftliche Überprüfung der Wirkungsweise des Zuweisungssystems erforderlich. Die Ergebnisse sollten in Form von Evaluationsberichten transparent gemacht werden.

Vereinheitlichter Ordnungsrahmen für die Gesundheitsversorgung

Konvergenz der Versicherungssysteme vorantreiben

Die Teilung des Krankenversicherungsmarkts in eine gesetzliche und eine private Krankenversicherung (GKV und PKV) ist nicht mehr zeitgemäß. Ein Wahlrecht zwischen GKV und PKV besteht ausschließlich für Unternehmerinnen und Unternehmer, Selbständige und gut verdienende Angestellte. Die fortschreitende Konvergenz von GKV und PKV erfordert neue rechtliche Rahmenbedingungen für gesetzliche Krankenkassen und private Versicherungsunternehmen.

Entwicklung eines vereinheitlichten Versicherungsmarktes mit einheitlichen Regeln

Damit die Versicherten eine Wahl zwischen den besten Versorgungsangeboten haben, müssen sich das gesetzliche und das private Versicherungssystem einander weiter annähern. Es bedarf konkreter Schritte hin zu einem vereinheitlichten Versicherungsmarkt, in dem für alle Krankenkassen und Versicherungsunternehmen dieselben Regeln gelten.

So rechnen zum Beispiel in der stationären Versorgung sowohl GKV als auch PKV über Fallpauschalen ab. In der ambulanten Versorgung sollte ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab entwickelt werden: Das eröffnet auch die Möglichkeit, die Gebührenordnung für Ärzte zu integrieren.

Zu einem vereinheitlichten Versicherungsmarkt gehört auch das Recht aller Krankenversicherten, ihre Krankenkasse oder Krankenversicherung ohne Nachteile frei zu wählen. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist dies längst möglich, innerhalb der privaten Krankenversicherung gilt dies nur für diejenigen, die seit dem 01.01.2009 neue Verträge abgeschlossen haben. In einem ersten Schritt soll deshalb ein nachteilsfreies Wechselrecht für alle Privatversicherten geschaffen werden, das die vollständige Mitnahme der Altersrückstellungen, die in der Höhe den tatsächlich zu erwartenden Ausgaben entsprechen, zum neuen Versicherer einschließt.

Trennung von sozialer und privater Pflegeversicherung überwinden

Gesetzliche und private Pflegeversicherung sind in ihrem verpflichtenden Leistungskatalog identisch. Sehr unterschiedlich verteilt ist dagegen das Pflegerisiko von gesetzlich und privat Versicherten und damit auch die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen: Die soziale Pflegeversicherung trägt deutlich höhere Risiken und Belastungen.

Im Sinne einer Konvergenz der beiden Systeme sollte regelmäßig die Risikoverteilung ermittelt und ein entsprechend angepasster Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung durchgeführt werden. Langfristig sollte die Überwindung der Trennung beider Systeme auf der pflegepolitischen Agenda stehen.

Organisation

Klare Zuständigkeiten und Verantwortung schaffen

Der föderale Staatsaufbau bringt eine Aufteilung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern mit sich. Entscheidend für die gesetzliche Krankenversicherung ist, dass damit ein fairer Wettbewerb unter den einzelnen Krankenkassen möglich ist.

Harmonisierung der Aufsichtspraxis für die Kassen in Bund und Ländern

Einheitliche Rahmenbedingungen sind die Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Die Aufsicht über die Kassen ist jedoch aufgesplittet zwischen Bund und Ländern: Für bundesunmittelbare Kassen führt das Bundesversicherungsamt die Aufsicht, während die Sozialministerien der Länder für regional begrenzte Krankenkassen zuständig sind. Die Folge sind unterschiedliche Auffassungen der Bundes- und der Länderaufsichten bezüglich aller Aspekte des Kassenhandelns und damit beträchtliche wettbewerbliche Verwerfungen.

Die Aufsicht über alle Belange des Haushalts und der Finanzen sollte deshalb für alle Krankenkassen auf der Bundesebene erfolgen, zumal auf dieser Ebene der Risikostrukturausgleich abgewickelt wird. Mit dieser einheitlichen Aufsicht können Wettbewerbsverzerrungen unter den Kassen vermieden werden. Die Aufsicht über die Versorgungsverträge der Krankenkassen muss bei den Ländern liegen, da solche Entscheidungen auch stets mit dem Blick auf regionale Entwicklungen zu treffen sind.



Wettbewerb und Transparenz für mehr Qualität im Gesundheitswesen

Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist ein wichtiger Motor der Veränderung im Gesundheitssystem. Ständiger Anspruch der Akteure im Gesundheitswesen muss es dabei sein, die Qualität der Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dazu muss dem Wettbewerb um bessere Leistungen, Strukturen, Prozesse und Angebote deutlich mehr Raum gegeben werden.

G-BA: Erhalt und Fortentwicklung eines umfassenden Leistungskatalogs

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kommt eine wesentliche Rolle in der gesetzlichen Krankenversicherung zu: Er bewertet die von der GKV zu finanzierenden Leistungen hinsichtlich ihres diagnostischen und therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit. Als Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung mitverantwortlich für die Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV.

Richtschnur der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses muss sein, den Versicherten der GKV die Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu sichern. Ziel

Organisation

der Arbeit des Gremiums ist es, den umfassenden Sachleistungskatalog der GKV zu erhalten und fortzuentwickeln, aber auch um Methoden zu bereinigen, die nicht mehr dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Mehr Transparenz und Beteiligung in den Spitzenorganisationen

Der Gemeinsame Bundesausschuss und der GKV-Spitzenverband spielen als Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle für die Ausrichtung der Versorgung der gesetzlich Versicherten. Deshalb ist es wichtig, dass Transparenz über die Entscheidungsprozesse der beiden Institutionen besteht beziehungsweise hergestellt wird. Bislang ist die Beteiligung der hauptamtlichen Organe der Krankenkassen in die Entscheidungsprozesse des GKV-Spitzenverbands nicht gegeben. Um dem Versorgungsgedanken angemessen Rechnung zu tragen, sollten die Vorstände der Krankenkassen zukünftig im Fachbeirat des GKV-Spitzenverbands mit Stimmrecht vertreten sein. Auf diese Weise wird eine verbindliche Abstimmung mit der operativen Handlungsebene des GKV-Spitzenverbands ermöglicht.

Mehr Freiheiten für Selektivverträge

Das Selektivvertragsrecht wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neu strukturiert. Durch die systematische Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen sollen neue Freiräume für das Vertragshandeln der Kassen entstehen. Die Initiative des Gesetzgebers war dringend notwendig, da den Krankenkassen in der Vergangenheit der Abschluss von Selektivverträgen erheblich erschwert wurde. Die Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben stand dem Grundgedanken entgegen, mit Selektivverträgen flexible und individuelle Vertragslösungen für die Krankenkassen zu ermöglichen. In Zukunft sollten alle einschränkenden Vorgaben im Recht der Selektivverträge entfallen. Denn der wirtschaftliche Einsatz von Ressourcen liegt im Interesse der Kassen selbst, zudem unterliegen Versorgungsverträge grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Verhältnis zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag klären

Selektive Vertragslösungen ergänzen die kollektivvertraglich gestaltete Regelversorgung. Durch Selektivverträge können Schwächen der kollektivvertraglich geregelten Versorgung behoben werden und Innovationen Eingang in die Versorgung finden. Dieser Vorstellung trägt auch die Förderung von neuen Versorgungsprojekten durch den Innovationsfonds Rechnung. Erprobte Versorgungsformen, die die Qualität der Versorgung verbessern und dem Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, sollten nach einer Evaluation Eingang in die Regelversorgung finden.

Impressum

Herausgeber BARMER, Postfach 110704, 10837 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt Verwaltungsrat, Vorstand

Realisierung Abteilung Politik, Abteilung Unternehmenskommunikation

Redaktion Ruth Rumke, Albrecht Walther, Susanna Weineck, Axel Wunsch

Gestaltung Sigrid Paul

Bilder fotolia: spreephoto (Titel), upixa (S. 10, S. 22), DragonImages (S.18);

iStock: zhudifeng (S. 6)

Druck Druckerei Rudolf Glaudo, Wuppertal

© BARMER, April 2017